

# Spondilodiskit ve Epidural Apse ile Prezente Olan İnfektif Endokardit Olgusu

## Presenting with Spondylodiscitis and Epidural Abscess A Case Report of Infective Endocarditis

Elif Akyüz Kotan<sup>1</sup>, Fatma Yaşar Ergül<sup>2</sup>, Ekrem Kara<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup> Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>3</sup> Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

**Anahtar Kelimeler:** İnfektif endokardit, spondilodiskit, epidural apse

**Keywords:** Infective endocarditis, spondylodiscitis, epidural abscess.

**Sorumlu Yazar:** Elif Akyüz Kotan  
elif.akyuzkotan@erdogan.edu.tr

**Başvuru Tarihi:** 27 Temmuz 2021

**Kabul Tarihi :** 13 Eylül 2021

### Özet:

İnfektif endokardit (İE) ölümcül seyredabilen ve acil olarak tedavi edilmesi gereken bir enfeksiyon hastalığıdır. Hastalığın klasik klinik bulguları (ateş, yeni gelişen üfürüm, akut faz yüksekliği, anemi gibi) her hastada saptanmayabilir. Bazı hastalar ön planda konstitüsyonel semptomlar ve kas-iskelet sorunları ile başvurabilir. Atipik prezentasyonlar tanıda gecikmeye ve morbidite ve mortalitede artışa yol açabilir. Bu vaka sunumumuzda miyalji, artralji, bel ve kalça ağrısı şikayetleri ile başvuran, spondilodiskit ve epidural apse etiyojisi araştırılırken infektif endokardit tanısı konulan 68 yaşında erkek hastayı sunduk.

### Giriş:

İnfektif endokardit (İE), kalbin endokard tabakasında gelişen bakteriyel, viral veya fungal mikroorganizmaların sebep olduğu bir enfeksiyondur. İE nadir görülmesine karşın, morbidite ve mortalitenin arttığı enfeksiyon hastalıklarının başında gelmektedir. Tedavi edilmediği durumlarda ölümcül seyreden bu hastalığın tedavi altında bile mortalitesi %15-40'tır. İE erkeklerde, yaşlılarda, kardiyak risk faktörü olanlarda (yapısal veya konjenital kalp kapak hastalıkları, geçirilmiş İE, intrakardiyak yabancı cisim), damar içi ilaç bağımlılarında, kronik hemodiyaliz hastalarında ve solid organ transplantasyonu yapılmış olanlarda daha fazla sıklıkta görülür. Alta yatan İE risk faktörü bulunmayanlarda ise komplikasyon, cerrahi gereksinim ve mortalitenin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çok çeşitli bulguları sebebiyle tanınması oldukça güç olan bu hastalıkta, sistemik bulgulara eşlik eden kardiyak bulgular, embolik bulgular ve immünolojik olayların bir arada olması bu çeşitliliğe katkıda bulunmaktadır.

### Olgu:

68 yaşında erkek hasta, bel ve kalça ağrıları nedeniyle başvurduğu acil bölümünde yapılan ağrı kesici tedavilerine yanıt alınmaması, tetkiklerinde akut faz yüksekliği ve anemi saptanması üzerine polikliniğimize sevk edildi. Hastaya diğer branş poliklinik başvurularında anemi ve akut faz yüksekliği sebebiyle üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve kolonoskopisi yapılmış, patoloji saptanmamış. Şikayetleri

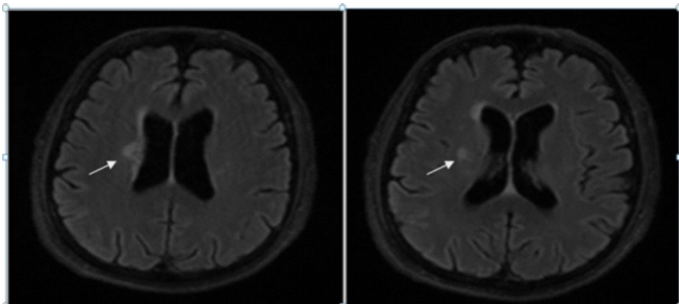
yaklaşık 2 ay önce başlamış ve giderek artış göstermiş olan hasta ağrılarından dolayı güçlüğü yürüyebiliyordu. Kliniğimize başvurmadan önceki dönemlerde aralıklı ateş ataklarının olduğunu ancak ateşini ölçmediğini belirtiyordu. Özgeçmişinde hipertansiyon, 5 ay önce geçirilmiş iskemik serebrovasküler olay ve subakut miyokard enfarktüsü sebebiyle koroner stent takılma öyküsü vardı. Bu tanılara yönelik atorvastatin, tikagrelor, metoprolol, perindril-amlodipin tedavileri almaktaydı. İleri tetkik ve tedavi amacıyla yatırılan hastanın genel durumu orta, şuur açık, oryante ve koopere, şiddetli ağrısı nedeniyle anksiyetik görünümdeydi. Vitallerinde ateş 37,1 °C, kan basıncı 120/70 mmHg, nabızı 86/dk/ritmik saptandı. Hastaya fizik muayene sırasında yaygın ağrıları sebebiyle uygun pozisyon verilemediğinden, suboptimal pozisyonda yapılan fizik muayenesinde solunum sesleri normal sonoritede duyuldu. Kalp seslerinde sol sternum boyunca yayılan erken diyastolik üfürüm duyuldu. Batın muayenesinde organomegalisi yoktu. Nörolojik sistem muayenesinde nörolojik defisiti yoktu.

Başvuru anında hastaya ait laboratuvar parametreleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Anemi, akut faz yüksekliği ve albümin/globulin oranında tersleşmesi olan hastada tabloya bel ve kalça ağrısının da eşlik etmesi nedeniyle ön tanı olarak öncelikle multiple myelom düşünüldü ancak myelom açısından istenilen tetkikler (serum immünglobulinleri, protein elektroforezi, serum ve idrar immünelektroforezi) normal saptandı.

Böbrek fonksiyon testleri ve idrar analizi normaldi, hematüri ve proteinürisi yoktu. Brucella için gönderilen serolojik testler negatif olarak sonuçlandı. Tiroid ve karaciğer fonksiyon testleri normal aralıktaydı. Tüberküloz öyküsü olmayan hastanın PPD si anerjikti.

Beyaz Küre (4000-10000 u/L)	9300 u/L
Nötrofil (2000-7000 u/L)	7020 u/L
Hemoglobin (11-16 g/dl)	8 g/dl
Platelet ( $10^3/uL$ )	243 $10^3/uL$
MCV (80-100 fL)	79.6 fL
Kreatinin (mg/dl)	0.96 mg/dl
T.Protein (6.4-8.5 g/dl)	69 g/dl
Albumin (3.5-5 g/dl)	29.3 g/dl
Kalsiyum (8.8-10.6 mg/dl)	8.3 mg/dl
LDH (125-220 U/L)	218 U/L
Sedimentasyon (0-20 mm/saat)	63 mm/saat
CRP (0-0.5 mg/dl)	146.8 mg/dl

**Tablo 1.** Olgunun başvuru anındaki laboratuvar bulguları  
Yatışında subfebril ateşi olan hastanın takiplerinde de progresif seyirli 38 °C'yi bulan ateşi olunca, çift koldan ikişer set kan kültürü ve idrar kültürü alındı. Ağrı palyasyonu için parasetamol, NSAİ ve tramadol tedavisi düzenlendi. Ancak bel ve kalça ağrısı düzelme göstermedi. Ağrı etyolojisine yönelik torakal-lomber vertebral ve kalça MR çekildi. Torakal MR da T7-T8 vertebralarda spondilodiskit, lomber MR da L3 vertebrada 27x5.4 mm epidural apse ve kalça MR da sağ femur boyun kesiminde kemik yapıda trabeküler ödem (trokanterik bursit) saptandı. Beyin cerrahisi ile konsülte edilen hastaya epidural apseye yönelik elektif operasyon planlandı. Spondilodiskit etyolojisine yönelik yapılan transtorasik ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %60, sol atriyal dilatasyon, aort kapakta 2.3x1.5 cm vejetasyon, orta-ileri aort yetmezliği, hafif mitral yetmezliği saptandı. Transözefagial ekokardiyografi (TEE) ile aort kapağındaki vejetasyon varlığı kanıtlandı. Hastanın ateşli döneminde alınan çift kol kan kültürlerinde de ampisilin duyarlı Enterococcus Faecalis üremesi oldu. İdrar kültüründe üremesi olmadı. Duke kriterlerine (Tablo 2) göre iki major kriter (pozitif kan kültürü ve TEE bulguları) ve bir minor kriteri (38 °C'yi geçen yüksek ateş) karşılayan hastaya İE tanısı konuldu.



**Resim 1.** Hastanın septik emboli ile uyumlu kranial MR görüntüleri

### Majör Ölçütler

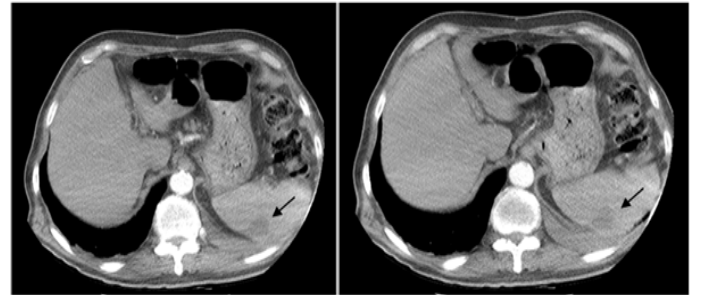
1. İnfektif endokarditle uyumlu pozitif kan kültürü
2. Endokard tutulumu (Pozitif EKO bulgusu, Kardiyak BT ile valvüler lezyonun gösterilmesi)

### Minör Ölçütler

1. Ateş (>38°C)
2. Vasküler olaylar (emboli, enfarkt, anevrizma, intrakraniyal kanama, Janeway lezyonları)
3. İmmünolojik olaylar (Glomerülonefrit, Osler nodülleri, Roth lekeleri, RF pozitifliği)
4. İnfektif Endokardite yatkınlık oluşturan durum
5. Majör ölçütleri karşılamayan kan kültürü pozitiflikleri ya da İE ile uyumlu bir mikroorganizmayla aktif enfeksiyonu gösteren serolojik kanıtlar.

**Tablo 2.** Duke kriterleri [4]

Enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edilen hastaya sistemik (intravenöz) ampisilin 6x2 gram ve seftriakson 2x2 gram antibiyotik tedavileri başlandı. İE tanısı konulan hastadan 48 saatte bir çift kol kan kültürleri alındı. Yapılan göz dibi muayenesinde roth lekeleri saptanmadı. Nörolojik muayenesi normal olan hastanın takiplerinde bilinç değişikliği gelişince kranial emboli açısından hastaya kranial MR çekildi. Çekilen kranial MR da difüzyon kısıtlaması olan alanlar görüldü ve bu alanlar septik emboli olarak yorumlandı (Resim 1). Batın BT de dalakta enfarkt alanları görüldü, dalak boyutları normaldi. (Resim 2).



**Resim 2.** Dalak enfarktı ile uyumlu batın BT görüntüleri  
Sistemik intravenöz antibiyoterapi tedavisi altında takiplerinde kan kültürlerinde üremesizliği sağlanan hasta klinik olarak stabil değildi. Vital bulgularında nabız basıncı artmıştı. Nabız basıncının artmış olması aort yetmezliğinin bir bulgusu olarak düşünüldü. Cerrahi gereksinim (Tablo 3) için Kalp ve Damar Cerrahisi tarafından değerlendirilen hasta için operasyon kararı alındı. Ancak takiplerinde tekrar gelişen kranial septik emboliler nedeniyle durumu kötüleşen hasta opere edilemedi. Solunumu düzensizleşen hasta invaziv mekanik ventilatör ihtiyacı geliştiğinden yoğun bakım takibine alındı.

Yoğun bakım takipleri sırasında multipl organ yetmezliği gelişen hasta vefat etti.

### **Kontrol Edilemeyen İnfeksiyon**

- Kontrol edilemeyen lokal enfeksiyon varlığı (apse, psödoanevrizma, fistül, büyüyen vejetasyon)
- Antibiyotik tedavisinin uygun olmasına ve septik metastatik odak kontrolünün yeterli olmasına karşın kan kültürü pozitifliğinin sürmesi
- Stafilokoklara ya da HACEK grubu dışı Gram-negatif bakterilere bağlı yapay kapak endokarditi

### **Embolizmin Önlenmesi**

- Doğal veya yapay, aort kapağı veya mitral kapak endokarditinde uygun antibiyotik tedavisine karşın bir veya birden fazla embolik olaydan sonra devam eden 10 mm'den büyük vejetasyonların varlığı
- Ciddi kapak stenozu veya yetersizliğiyle ilişkili 10 mm'den büyük vejetasyonları olan ve cerrahi riski düşük olan doğal aort kapağı veya mitral kapak endokarditi
- Doğal veya yapay, aort kapağı veya mitral kapak endokarditinde izole çok büyük ( $\geq 30$  mm) vejetasyonlar
- Doğal veya yapay, aort kapağı veya mitral kapak endokarditinde izole büyük ( $\geq 15$  mm) vejetasyon ve cerrahi girişim gerektiren başka bir endikasyonun olmadığı durumlar

### **Kalp Yetmezliği**

- Doğal veya yapay, aort kapağı veya mitral kapak endokarditinde, akciğer ödemi ya da kardiyojenik şoka neden olan ciddi akut kapak yetersizliği, obstrüksiyonu ya da fistül varlığı
- Doğal veya yapay, aort kapağı veya mitral kapak endokarditinde kalp yetmezliği ya da kötü hemodinamik toleransın ekokardiyografik bulgularına neden olan ciddi kapak yetersizliği ya da obstrüksiyonu

**Tablo 3.** Avrupa Kardiyoloji Derneği 2015 İnfektif Endokardit Kılavuzunun Sol Kalp İnfektif Endokarditli Hastalarda Kalp Ameliyatı Endikasyonu Önerileri [4]

### **Tartışma**

Bu vaka sunumumuzda miyalji, artralji, bel ve kalça ağrısı şikayetleri ile başvuran, yapılan ilk tetkiklerinde anemi, sedimentasyon yüksekliği ve albümin/globulin oranında tersleşme saptanan, görüntülemelerde belirlenen spondilodiskit ve epidural apse etiyolojisi araştırılırken hiçbir risk faktörü olmamasına rağmen infektif endokardit tanısı konulan 68 yaşında erkek hastayı sunduk.

Sedimentasyon yüksekliği özellikle de yaşlı hastalarda romatolojik hastalıkların, hematolojik ve solid organ

malignitelerinin bir laboratuvar bulgusu olabileceği gibi, İE ve tüberküloz gibi infektif süreçlerin de bir bulgusu olabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca romatolojik bazı yakınmalar (omuz ağrısı, bel ağrısı gibi) infektif endokarditin spesifik olmayan ama sık görülebilen bulgularındandır.

İnfektif endokardit genellikle risk faktörü (kardiyak, damar içi ilaç bağımlılığı veya hemodiyaliz hastası) olan hastalarda görülür. González-Juanatey [5] ve arkadaşları, İE vakalarının %26'sında aslında bizim olgumuzda da olduğu gibi önceden bilinen bir risk faktörü (kalp sorunu veya uyuşturucu bağımlılığı öyküsü) olmadığını bildirmiştir. 110 hasta ile yapılan yine aynı çalışmada romatolojik bulgulardan miyaljinin sık görülen bir semptom olduğu, %12,7 sinde bel ağrısının olduğu, 2 hastada spondilodiskit ve trokanterik bursit saptandığı bildirilmiştir.

Thomas P. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bizim vakamızda da olduğu gibi romatolojik belirti ve bulguları olan İE olgularında embolik olayların da daha sık görüldüğü gösterilmiştir [6]. Kalça ve bel ağrısı olması sebebiyle tetkik edilirken, spondilodiskit ve trokanterik bursit saptanan hastamızda, embolik süreç olarak da kranial mikroemboliler ve iskemik alanlar ile dalak enfakti tespit edildi.

İnfektif endokardit hastalarında kontrol edilemeyen enfeksiyon, embolik fenomenler, büyük ( $> 10$  mm) vejetasyon varlığı, yeni gelişen ciddi kapak yetmezliği ve/veya kalp yetmezliği saptanması durumunda acil olarak operasyon düşünülmelidir [4]. Kalp damar cerrahisi, kardiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları ile yapılan konsültasyonlar sonucunda biz de vakamızda operasyon endikasyonu koyduk ancak hasta opere olamadan yeni gelişen serebrovasküler septik emboliler nedeniyle kötüleşti ve kaybedildi.

Sonuç olarak; başvuru sırasında İE tanı kriterlerini veya tipik bulgularını taşımayan hastalarda, hastalığın doğru ve erken tanısını koymak güç olabilir. Akut faz reaktan yüksekliği ve kronik hastalık anemisi olan hastalarda eşlik eden multipl embolik fenomenler ve kas-iskelet bulguları (spondilodiskit gibi) var ise infektif endokardit ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmelidir.

### **Kaynakça**

1. L. PN, W. PC, W. SS, ve Y. K, "Leukocytoclastic vasculitis complicating Klebsiella pneumoniae bacteremia", Diagn. Microbiol. Infect. Dis., c. 37, sayı 4, ss. 275-277, Ağu. 2000, doi: 10.1016/S0732-8893(00)00151-6.
2. "Klimik Dergisi - Klimik Journal". <https://www.klimikdergisi.org/tr/2021/01/05/infektif-endokarditin-tanisi-tedavisi-ve-onlenmesi-ulusal-uzlasi-raporu/> (erişim Tem. 14, 2021).
3. Olmos C, Vilacosta I, Fernandez C, et al. Comparison of clinical features of left-sided infective endocarditis involving previously normal versus previously abnormal valves. Am J Cardiol. 2014; 114(2): 278-83.

4. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: European Association for CardioThoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). *Eur Heart J*. 2015; 36(44): 3075-128.

5. González-Juanatey C, González-Gay MA, Llorca J, Crespo F, García-Porrúa C, Corredoira J, et al. Rheumatic manifestations of infective endocarditis in non-addicts. A 12-year study. *Medicine (Baltimore)* 2001;80:9-19

6. Thomas P, Allal J, Bontoux D, Rossi F, Poupet JY, Petitalot JP, et al. Rheumatological manifestations of infective endocarditis. *Ann Rheum Dis* 1984;43:716-20.

### **Abstract**

Infective endocarditis (IE) is an infectious disease that can be fatal and needs to be treated urgently. Classical clinical findings of the disease (such as fever, newly developed murmur, acute phase elevation, anemia) may not be detected in all patients. Some patients may present with predominant constitutional symptoms and musculoskeletal problems. Atypical presentations may lead to delayed diagnosis, increased morbidity and mortality. In this case report, we report a 68-year-old male patient who presented with the complaints of myalgia, arthralgia, low back and hip pain, and was diagnosed with infective endocarditis while investigating the etiology of spondylodiscitis and epidural abscess.

**Key words:** Infective endocarditis, spondylodiscitis, epidural abscess.